

**收入** 請填寫總收入（扣稅或開支前）。若您或您的配偶失業或不與其子女同住，則填寫“0”。

11 家長的僱主姓名與電話號碼 _____	( )	其他家庭收入 _____	過去30天內的收入 _____	哪個家庭成員得到這筆收入？ _____
12 您在過去30天內的扣稅或開支前的收入： \$_____		15 兒童贍養費 \$_____	\$_____	
這一收入中有多少是來自僱業收入？ \$_____		16 摆養費 \$_____	\$_____	
17 所領取的社會安全金 _____		17 所領取的社會安全金 \$_____	\$_____	
18 企業救濟金 _____		18 企業救濟金 \$_____	\$_____	
19 銀行存款帳戶的利息 _____		19 銀行存款帳戶的利息 \$_____	\$_____	
20 退役軍人福利 _____		20 退役軍人福利 \$_____	\$_____	
21 紮工與工業補償金 _____		21 紮工與工業補償金 \$_____	\$_____	
22 軍人養家費 _____		22 軍人養家費 \$_____	\$_____	
23 其他 (請說明) _____		23 其他 (請說明) \$_____	\$_____	
*若您或您的配偶（或家中其他家長）為自僱業者，您可以獲得其他扣減。如需詳情或申請協助，請電1-877-KIDS-NOW。 \$_____		24 在過去3個月內，您為其遞交申請的兒童是否有未支付的醫療費，或者曾獲得醫療服務而其他保險計劃不予以支付其費用？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

#### 健康保險資訊 請告訴我們您的孩子已有的任何健康保險。

25 您為其遞交申請的子女中是否有人已有建康保險？ A 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> B X光（放射科）和化驗室服務？	25 若“是”，該健康保險是否包括門診、住院、 A 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 在家長工作單位提供的健保保險？ B 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 費用是否低於50美元？	26 在過去4個月內，您的孩子是否有由 A 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 美國印第安人阿拉斯加土著居民 <input type="checkbox"/> B 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 其他亞裔或太平洋群島居民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>
27 您對上述任何疑問（25 a或b，或者26 a或b）勾選“是”，請列出保險公司的名稱或者為您的孩子提供健保保險的屬主之姓名。	保險公司或僱主 _____	保險持有人的姓名 _____
		保險持有人的社會安全全號碼 (自願填寫) _____

#### 兒童的種族/族裔背景 (請自願填寫的資訊)

我們請您自願告訴我們關於您孩子的種族/族裔背景。這一資訊不會用於考慮您的福利資格。	白人 <input type="checkbox"/> 西班牙裔 <input type="checkbox"/> 黑人 <input type="checkbox"/> 越南人/寮國人柬埔寨人 <input type="checkbox"/> 其他亞裔或太平洋群島居民 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/>
---	---

#### 請仔細閱讀，然後再簽名

此申請僅限於為兒童提供的醫療福利。若您家中的任何人已享有該福利，或者想申請現金福利、食物補助或其他福利，請與您當地的社會福利服務部社區服務處(CSO)聯繫。

- 社會福利服務部將要求您證實您向其提供的資訊，以確定您是否符合資格。您可以請社會福利服務部協助您提供證明。
- 其他州或聯邦機構可能會審閱關於您的資訊。這一資訊將不會提供給移民局(INS)。
- 在申請並得到保健福利後，您更給予華盛頓州對任何醫療協助以及對任何第三方支付保健服務的全部權利。
- 社會福利服務部可能會向兒童暨兒免疫記錄系統提供您孩子的免疫接種史。

聲明與簽名  
本人已閱讀並理解此申請中的資訊。本人聲明，據我所知，我在此申請表格中所提供的資訊均屬實、正確且完整，否則願受偽證罪處罰。

X \_\_\_\_\_ 日期 \_\_\_\_\_

#### 如何遞交申請表格

請寄往： Dept. of Social and Health Services P.O. Box 45531 Olympia, WA 98599-5531 	傳真請發至： (360) 664-0518 	幫助熱線：若您需要幫助或有任何疑問， 請電 1-877-KIDS-NOW。 (1-877-543-7669) 
--	--	---



協助客戶填寫申請表格的人士：

機構：\_\_\_\_\_ 機構：  
電話號碼：\_\_\_\_\_ ( )



HEALTHCARE FOR WASHINGTON'S KIDS

### 兒童醫療福利申請表格

此申請僅適用於為19歲以下的少年兒童提供醫療保險服務。家長、監護人、社區服務外展工作人員、朋友或者自行申請的少年都可填寫申請表格。我們將向方框1內列名的人士寄送所有補充資訊。如果您有疑問或需要幫助填寫該表格，祇需打電話1-877-543-7669。我們樂於為您提供幫助！

請完整填寫（列出將收到後續資訊的家長、監護人或聯繫人。）

<b>1</b> 名	中間名縮寫		
<b>2</b> 您的住址：	街道門牌號碼	城市	州
<b>3</b> 郵寄地址：(若與上不同)	街道門牌號碼	城市	州
<b>4</b> 電話號碼	您在閱讀、簽或譯英文時是否有困難？ 您是否需要另一文本的材料？ 您是否需要口譯服務？(若是，我們將為您提供口譯服務。) 您講哪種語言？_____		
住宅 ( )	<b>5</b>	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
工作 ( )	<b>6</b> 您家中是否有懷孕？ 若“是”，請問是誰？_____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
留言 ( )	是否有19歲以下的兒童需要立即得到醫療護理？ 是否 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

### 一般資訊

<b>7</b> 請列出居住在一起的家庭成員。 (可視需要另附加頁，列出更多的家庭成員。)			
(不向移民局提供這一資訊。)			
姓名 (名、中間名縮寫、姓)	與您的關係 出生日期 (月/日/年)	美國公民 如非美國公民，您的孩子是 否收到證明其身份的文件？ 請列該名兒童到達美國的 日期 * = 自願填寫	性別 男或女
A. 家長、監護人或本人		*	
B. 配偶或其他家長（若住家中）		*	
C. 諸列19歲以下（希望得到醫療福利）的少年兒童	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
D.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
E.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
F.	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
G. 諸列家中其他（不希望得到醫療福利）的成年人或兒童		*	
<b>8</b> 您家中是否有19歲以下的殘障兒童？ 若“是”，請問是誰？_____	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

**開支** 這一資訊有助於使您的孩子符合資格。

<b>9</b> 您在工作或上學期間是否支付托兒費？ 您在工作或上學期間是否聘請某人來照顧有殘障的受撫養成年人？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	若“是”，請問每月支付多少？\$ _____
<b>10</b> 您是否按法院規定為不在家中居住的兒童支付養費？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	若“是”，請問每月支付多少？\$ _____